UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1911-1912 N° 64

DES KYSTES DERMOÏDES DU DOS DU NEZ

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 5 janvier 1912

PAR

Georges-Alfred-Joseph-Paul HÉBERT

ÉLÈVE DE L'ÉCOLE PRINCIPALE DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE ET DES COLONIES

Né à Tiffauges (Vendée) le 10 Mars 1885

Examinateurs de la Thèse

MM. DUBREUILH, professeur..... *Président.*
MOURE, professeur adjoint ...
BÉGOUIN, agrégé .....
PETGES, agrégé .....
Juges.

BORDEAUX

GOUNOUILHOU, IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

9-11, RUE GUIRAUDE, 9-11

1912

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1911-1912 N° 64

DES
YSTES DERMOÏDES
DU DOS DU NEZ

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 5 janvier 1912

PAR

Georges-Alfred-Joseph-Paul HÉBERT

ÉLÈVE DE L'ÉCOLE PRINCIPALE DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE ET DES COLONIES

Né à Tiffauges (Vendée) le 10 Mars 1885

Examinateurs de la Thèse

MM. DUBREUILH, professeur..... *Président.*
MOURE, professeur adjoint ...
BÉGOUIN, agrégé ..... *Juges.*
PETGES, agrégé .....

BORDEAUX

GOUNOUILHOU, IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

9-11, RUE GUIRAUDE, 9-11

1912

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAU

M. PITRES, doyen.

PROFESSEURS :

MM. DUPUY . . . . . .
PICOT. . . . . .
LANELONGUE. . . . .
VERGELY. . . . . .
LAYET . . . . . .
BADAL . . . . . .
JOLYET. . . . . .
} Professeurs honoraires.

	MM.		MM.
Clinique interne . . .	ARNOZAN. PITRES.	Histoire naturelle . .	GUILLAUD.
Clinique externe. . .	DEMONS. VILLAR.	Pharmacie	DUPOUY.
Pathologie et thérapeutique générales. . .	CASSAËT.	Matière médicale. . .	BEILLE.
Clinique d'accouchements.	LEFOUR.	Médecine expérimentale .	FERRÉ.
Anatomie pathologique. .	COYNE.	Clinique ophtalmologique.	LAGRANGE.
Anatomie	GENTES.	Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.	DENUCÉ.
Anatomie générale et histologie.	VIAULT.	Clinique gynécologique	CHAVANNA
Physiologie	PACHON.	Clinique médicale des maladies des enfants	MOUSSOUS.
Hygiène.	AUCHÉ.	Chimie biologique . .	DENIGÈS.
Médecine légale . . .	L. LANDE.	Physique pharmaceutique	SIGALAS.
Physique biologique et électricité médicale.	BERGONIÉ.	Pathologie exotique .	LE DANTEC
Chimie	BLAREZ.	Clinique des maladies cutanées et syphilitiques. .	DUBREUILH
		Clinique des maladies des voies urinaires.	POUSSON.

PROFESSEURS ADJOINTS :

Cinique des maladies du larynx, des oreilles et du nez . . . MM. MOURE.
Clinique des maladies mentales . . . . . RÉGIS.

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

SECTION DE MÉDECINE *(Pathologie interne et Médecine légale.)*

MM. VERGER.	MM. PETGES.
ABADIE.	CARLES (J.).
CRUCHET.	

SECTION DE CHIRURGIE ET ACCOUCHEMENTS

Pathologie externe.	MM. VENOT. GUYOT. ROCHER.	Accouchements.	MM. CHAMBRELE PERY.

SECTION DES SCIENCES ANATOMIQUES ET PHYSIOLOGIQUES

Anatomie	MM. PRINCETEAU. CAVALIÉ. AUBARET.	Physiologie . . .	MM. DELAUNAY (cha
		Histoire naturelle.	MANDOUL.

SECTION DES SCIENCES PHYSIQUES

Chimie	M. BENECH.	Pharmacie	MM. BARTHE. LABAT.

COURS COMPLÉMENTAIRES :

Thérapeutique et Pharmacologie . . . . . MONGOUR.
Médecine opératoire. . . . . BÉGOUIN.
Accouchements. . . . . PERY.
Physiologie. . . . . N...
Ophtalmologie. . . . . CABANNES.
Clinique dentaire. . . . . CAVALIÉ.
Anatomie et Physiologie élément. (Étudiants en chir. dent. et élèv. sag.-femmes) SELLIER.

Le Secrétaire de la Faculté : LEMAIRE.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dan Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteur qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PÈRE

LE DOCTEUR JULES HÉBERT

A MA MÈRE

En reconnaissance des nombreux sacrifices qu'ils se sont imposés pour moi.

A MON FRÈRE

A MES SŒURS

A MES BEAUX-FRÈRES

Que j'unis dans une même affection.

A MON AMI

LE DOCTEUR ÉMILE LOSSOUARN

MÉDECIN DES TROUPES COLONIALES

MEIS ET AMICIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE DOCTEUR W. DUBREUILH

PROFESSEUR DE CLINIQUE
DES MALADIES CUTANÉES ET SYPHILITIQUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE
ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX
MÉDECIN DES HOPITAUX
OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

En le remerciant du très grand honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de cette thèse.

AVANT-PROPOS

Nous tenons à remercier ceux qui, dans le cours de nos études, ont facilité notre tâche d'étudiant.

A Brest, M. le médecin en chef Duval, à l'hôpital maritime, et MM. les docteurs Civel, Lenoble et Aubineau, à l'hôpital civil, nous ont toujours reçu avec bienveillance dans leur service ; qu'ils soient assurés de toute notre gratitude.

A Bordeaux, nous avons trouvé le meilleur accueil dans le service de M. le professeur agrégé Abadie; ce que nous savons de médecine nous le lui devons pour une bonne part : nous n'oublierons jamais ses excellentes leçons. M. le professeur Denucé et M. le professeur agrégé Princeteau nous ont reçu très aimablement et ont bien voulu nous communiquer des observations; nous les en remercions bien sincèrement.

Notre meilleur souvenir ira aussi à notre camarade et ami le docteur Labernadie, des troupes coloniales, qui a bien voulu nous aider dans l'édification de ce modeste travail.

DES
KYSTES DERMOÏDES
DU DOS DU NEZ

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE

L'étude des kystes dermoïdes remonte à des époques fort anciennes.

En 1640, Pierre de Marchetis, qui professait à Padoue, en publia trois observations.

En 1740, Me Jean, dans son *Traité des maladies de l'œil*, consacre également quelques lignes aux kystes dermoïdes.

Louis, dans son chapitre du *Dictionnaire de chirurgie*, donne, au mot *enkysté*, une description générale des kystes (1772).

Trois ans plus tard, Gérard commence l'étude de ces tumeurs. Cet auteur, en effet, mentionne des kystes dans lesquels on peut trouver des poils, des cheveux, avec une matière analogue à du suif, et qu'il pense provenir de glandes sébacées.

Zimmermann, dans son *Essai sur l'anatomie pathologique* (1810), rapporte des observations semblables, et Cruveilhier, en 1816, décrit des kystes huileux, d'après deux observations

de Dupuytren. Dans l'une, le contenu du kyste était une matière grasse, qui tachait le linge comme de l'huile et ne se mêlait pas avec le sang. Dans l'autre, le contenu avait tous les caractères du beurre fondu, l'aspect, la consistance, le goût même. L'examen attentif de la paroi du kyste fit voir des poils blanchâtres en assez grande quantité.

En 1829, Dieffenbach publie une observation de kyste dermoïde situé au niveau de la partie cartilagineuse du nez.

Dans la *Gazette des Hôpitaux* (1831), Dupuytren, parlant d'un kyste à contenu mélicérique, recommande d'en opérer la dissection exacte et minutieuse, car, dit-il, l'oubli de la plus faible parcelle suffit pour la reproduction constante de la tumeur ou d'un trajet fistuleux.

En 1837, Lawrence (*London medical Gazette*) signale un kyste du dos du nez avec fistule.

Kohlraush, en 1843, montre que leur structure a une analogie frappante avec celle de la peau. Puis Pigné, en 1846, formule la théorie de la diplogénèse par inclusion. Nous en parlerons au chapitre de la pathogénie.

En 1852, Lebert formule sa loi de l'hétérotopie plastique, que Verneuil, en 1855, combat en développant sa théorie de l'enclavement.

L'année suivante, Cruveilhier fait paraître son *Traité d'anatomie pathologique*, où il décrit un cas de kyste dermoïde du nez dont un prolongement remontait jusque dans l'épaisseur du frontal.

En 1886, Lannelongue et Achard font paraître leur remarquable *Traité des kystes congénitaux*, dans lequel ils mettent au point les questions de l'anatomie pathologique et de la pathogénie de ces tumeurs. Ils y publient deux observations de kystes dermoïdes du nez.

Dès lors les travaux se multiplient sur cette affection. Ce sont successivement: Vieusse, en 1887; Bramann, en 1888, puis en 1890; Wœlffler, en 1890 également, qui publient des observations de kystes du nez.

Lannelongue et Ménard, dans leur *Traité des affections*

congénitales, paru en 1891, complètent l'ouvrage de Lannelongue et Achard, et expliquent la pathogénie des dermoïdes du nez.

D'autres auteurs ont depuis traité cette question : Stewart, en 1897 ; Ligorio, en 1898, publient de nouveaux cas.

En 1903, M. le professeur Dubreuilh fait paraître dans le *Journal de médecine de Bordeaux*, avec une observation, des considérations sur la pathogénie, le diagnostic et le traitement de ces tumeurs.

Enfin, Mougeot et Okinezyc, en 1904, ont fait paraître dans la *Revue d'orthopédie* un article très documenté sur les kystes dermoïdes du dos du nez.

CHAPITRE II

DESCRIPTION CLINIQUE

Étiologie. — Cette affection est évidemment congénitale, et dans les observations que nous publions on l'a remarquée sinon dès la naissance, du moins dans le premier âge; si quelquefois le kyste dermoïde peut passer inaperçu, c'est que la lésion est alors minime et se manifeste seulement par un petit pertuis visible à la loupe, par une fistulette grosse comme une tête ou même une pointe d'épingle; ou bien parfois il existe seulement une petite tache blanche déprimée qui n'est pas remarquée par l'entourage de l'enfant. Et c'est ainsi que la tumeur peut n'être révélée qu'à quinze mois (obs. XVIII), à quatre ans et demi (obs. XXVI), à sept ans (obs. XII).

L'influence du sexe semble peu importante puisque sur 27 observations nous trouvons 12 fois le sexe masculin et 10 fois le sexe féminin. 5 fois le sexe n'est pas mentionné.

L'hérédité ne paraît pas non plus jouer un rôle appréciable: dans une de nos observations nous trouvons bien que le père du malade portait sur le crâne une tumeur congénitale, mais c'est le seul cas où l'on ait fait semblable remarque, et rien ne prouve qu'il se soit agi d'un kyste dermoïde. Vieusse, qui publie cette observation, ne donne aucun renseignement précis à ce sujet. D'autre part, nous voyons, dans l'observation XXIII, que la mère de l'enfant avait présenté de son vivant une « bosse analogue à celle que le malade porte sur le nez », mais était-ce un kyste dermoïde? Il est impossible de l'affirmer en se basant sur cette vague indication de la famille.

Symptomatologie. — L'affection se présente à l'observation sous des aspects différents : kyste seul ou poche kystique s'ouvrant à l'extérieur par une fistule. C'est cette seconde forme qui est la plus fréquente.

Le kyste se présente sous la forme d'une tumeur de volume variable et ces variations peuvent s'observer non seulement d'un kyste à l'autre, mais encore dans un même kyste suivant le moment où on le considère. Il est en effet assez fréquent que par suite d'oblitération de la fistule la tumeur devienne rapidement assez volumineuse, puis, après une débâcle, reprenne des dimensions plus restreintes. Il semble que dans ce cas le trajet se bouche par suite d'une inflammation de la fistule qui diminue le calibre du conduit ; puis, lorsque les causes d'inflammation ont disparu, lorsque la matière accumulée au niveau du rétrécissement peut faire issue au dehors, laissant le passage libre au contenu du kyste, tout rentre dans l'ordre et l'on peut voir la tumeur diminuer rapidement jusqu'à devenir presque nulle. De ces considérations il résulte que son volume, ordinairement comparable à celui d'une groseille ou d'un haricot, peut atteindre des dimensions considérables ; il en est ainsi dans le cas de Ligorio où le kyste, chez un enfant de six mois, couvrait le nez de l'orifice des narines jusqu'à la glabelle et d'un sillon naso-génien à l'autre ; il ne mesurait pas moins de 17 millimètres en hauteur et de 12 millimètres en largeur.

La forme en est ordinairement ovale à grand axe vertical, parfois piriforme à pédicule supérieur étroit.

La tuméfaction donne à la physionomie un aspect particulier et le nez, quelquefois simplement bombé, a pu dans certains cas être comparé à un bec d'oiseau de proie ou à un nez romain de type très accusé.

La consistance de la tumeur est variable, tantôt fluctuante, tantôt molle et pâteuse, tantôt dure, résistante et élastique.

La peau qui recouvre le kyste est ordinairement normale ; elle peut cependant être enflammée ou simplement un peu rosée et chaude. Dans plusieurs observations nous voyons

qu'elle était pâle, blanche, tendue et amincie, si bien qu'elle laissait voir par transparence la teinte jaunâtre du contenu. Le plus souvent adhérente, elle peut cependant être mobile sur la tumeur; celle-ci est rarement mobile sur les plans sous-jacents.

Le siège de la fistule est toujours bas; celle-ci s'ouvre le plus souvent à la pointe même du nez, au-dessous du kyste ou à son extrémité inférieure. Ses dimensions sont restreintes et atteignent au plus 1 millimètre. Dans la plupart des observations les auteurs comparent son ouverture à une piqûre d'épingle ; parfois même elle est seulement visible à la loupe, au point que souvent elle a pu passer inaperçue à un premier examen. De forme circulaire, elle présente des bords taillés à pic de nature entièrement épidermique. Il s'en échappe presque toujours un bouquet de poils qui repoussent quand on les arrache, et c'est là un précieux élément de diagnostic. Par cette fistule il s'écoule un peu de matière caractéristique des kystes dermoïdes, une matière grasse tantôt solide, tantôt liquide, et qui contient presque toujours des poils. Cet écoulement est souvent continu; il peut être intermittent, et nous avons vu que l'oblitération de la fistule peut être complète, passagèrement ou définitivement.

On a pu presque toujours pratiquer le cathétérisme du trajet avec un crin ou un fin stylet. Celui-ci se dirigeait de bas en haut et d'avant en arrière, toujours sur la ligne médiane. On a constaté que la longueur de la fistule pouvait varier de 1 à 3 centimètres, ou même dans certains cas occuper toute la hauteur du nez. Elle aboutit ordinairement dans une poche d'où l'instrument peut ramener de la matière sébacée et des poils. Enfin on a pu affirmer l'absence constante de communication de la fistule avec le sinus frontal et les fosses nasales.

Diagnostic. — Le diagnostic est en général facile à poser. Il peut arriver cependant qu'il soit assez délicat, et plusieurs fois il a pu prêter à confusion. C'est ainsi que Wœlffler a pu confondre un kyste dermoïde avec une tumeur cartilagineuse.

Lannelongue et Achard, dans une de leurs observations, disent que l'on aurait pu croire à une tumeur cartilagineuse ou fibro-cartilagineuse, ou encore à un prolongement anormal de la cloison ou de la sous-cloison.

Dans le cas publié par Mougeot et Okinczyc, on crut d'abord à une fistule symptomatique d'ostéite sous-jacente des os propres, puis à un accident hérédo-syphilitique et l'on opéra d'abord des grattages, puis on institua le traitement spécifique. Ces deux modes de traitement ne donnant aucun résultat et la radiographie ne décelant aucune lésion osseuse, on porta enfin le diagnostic de kyste dermoïde.

M. le professeur Dubreuilh signale la confusion possible avec un kyste folliculaire qui aurait le même contenu épidermique, mais il fait remarquer que le kyste folliculaire « est plus globuleux, que son orifice est central et qu'il n'est pas couché sur le nez avec un orifice tout à fait à l'extrémité inférieure ».

Enfin Mougeot et Okinczyc se demandent si dans certains cas on ne pourrait pas hésiter entre un kyste dermoïde de la racine du nez et une méningocèle antéro-inférieure.

Pronostic. — Le pronostic n'a rien de fâcheux. Il ne prend de gravité qu'au moment où la tumeur, sous une influence quelconque, devient douloureuse, ou lorsqu'une opération mal dirigée devient le point de départ de fistules inguérissables.

L'opération est sans danger et il ne peut y avoir de récidive que si l'extirpation est incomplète.

CHAPITRE III

OBSERVATIONS

Observation I.

Lannelongue et Achard, *Traité des kystes congénitaux*, 1886, p. 188.

Kyste dermoïde sur le bout du nez, mesurant 1 centimètre sur 2 millimètres et demi, chez un petit garçon de cinq mois et demi.

Petit pertuis visible seulement à la loupe, siégeant à la partie inférieure de la saillie et livrant passage à quelques poils disposés en deux touffes.

Observation II.

Lannelongue et Achard, *ibid.*, p. 187.

Enfant du sexe féminin, âgée de vingt mois.

Kyste siégeant à la région moyenne du dos du nez, du volume d'un haricot; l'axe vertical est un peu plus long que le transversal. A la partie inférieure se voyait un petit orifice circulaire très étroit. Le kyste contenait des poils.

Observation III.

Lannelongue et Ménard, *Affections congénitales, tête et cou*, 1891, p. 12.

Femme de vingt-huit ans, présentait à la naissance, au niveau de la racine du nez, un kyste dermoïde, dont l'ouverture fut suivie d'une fistule de 2 millimètres de diamètre à son orifice par où sortent quelques poils.

Observation IV.

Cruveilhier, *Traité d'anatomie pathologique générale*, t. III, pp. 340-341.

Fille de dix ans portant une fistule congénitale du dos du nez, par où sortent des poils, et menant dans une cavité kystique située dans l'épaisseur du frontal.

Observation V.

Lawrence Encysted tumors of the eyelids, containing hair, *London medical Gazette*, 1837, p. 472.

Kyste du dos du nez constaté à la naissance, avec fistule.

Observation VI.

Bramann, *Berliner Klinische Wochenschrift*, n° 52, 12 déc. 1888, p. 1052.

Kyste fluctuant chez un enfant de quatre mois, et dont l'ouverture spontanée laisse une fistule donnant issue à des poils.

Observation VII.

Bramann, *ibid.*

Chez un homme adulte, tumeur de la pointe du nez, depuis la première enfance, et dont l'ouverture spontanée a laissé une fistule persistante donnant issue à des poils.

Observation VIII.

Bramann, *ibid.*

Extirpation chez un jeune garçon d'une tumeur congénitale siégeant à l'union des os et des cartilages, avec un trajet atteignant la racine du nez. Fistule persistante à la suite.

Observation IX.

Bramann, *ibid.*

Chez un homme, fistule consécutive à un kyste datant de l'enfance; réapparition périodique du kyste à la suite d'oblitération spontanée de la fistule.

Observation X.

Dieffenbach, Balggeschwulst am Knorpeligen Theil der Nase. *Chirurgische Erfahrung*, 1829, Bd II, Seite 15 (observation citée par Bramann, *in Archiv für Klinische Chirurgie*, 1890, Bd XL, Seite III, et dont nous n'avons pas pu consulter l'original).

Tumeur kystique à la partie cartilagineuse du nez.

Dieffenbach décrit un kyste dermoïde du volume d'une noisette, situé, sur le dos du nez d'une jeune fille de seize ans, qui vint le prier de remédier à la difformité de son nez.

Observation XI.

Fehleisen, Zür Diagnostik der Dermoïde des Schädels, *Deutsche Zeitschrift für Chirurgie*, Bd XIV, p. 5.

Chez une jeune fille âgée de vingt et un ans, bien portante par ailleurs, un kyste était survenu sur la racine du nez pendant la première année de la vie. Elle ne peut préciser ce qu'elle contenait autrefois. Malgré l'introduction de mèches, des injections très chaudes, etc., jamais la plaie ne se ferma complètement, et elle laissa toujours s'écouler un liquide purulent. Lorsque la malade se présenta devant M. le professeur Von Bergmann, il y a quelques semaines, on constatait sur le dos du nez deux fistules, l'une située à 2 centimètres plus haut que l'autre. Comme par le cathétérisme on démontrait une communication entre les deux fistules, on incisa le pont cutané qui les séparait. Dans la petite excavation qui en résulta s'insérait un petit bouquet de poils et il était évident que l'on avait affaire à un kyste dermoïde. La poche fut complètement excisée avec grand'peine, à cause de son intime adhérence au périoste des os propres du nez.

Après son extirpation, on découvrit à la partie supérieure des os propres, au niveau de la ligne de réunion, une petite dépression qui s'enfonçait dans une direction descendante, si bien que dans leur moitié inférieure les deux os propres n'avaient pu arriver au contact l'un de l'autre. Leurs bords internes, distants de 2 millimètres environ, circonscrivaient une cavité piriforme. Évidemment, dans ce cas, les os propres avaient été entravés dans leur développement par la présence d'un kyste congénital.

Observation XII.

Vieusse, Kyste dermoïde du dos du nez (fistule consécutive), *Revue médicale de Toulouse*, n° 12, 15 juin 1887, p. 273.

Le malade porte à la partie moyenne du nez un kyste dermoïde. Il est âgé de trente-deux ans, et a toujours joui d'une bonne santé. Son père, âgé de soixante-deux ans, porte depuis sa naissance une petite tumeur sur le crâne; sa mère, âgée de cinquante-deux ans, ne présente rien de particulier. Il n'a ni frère ni sœur. Il avait sept ans lorsque ses parents remarquèrent qu'il portait une tumeur sur le dos du nez; ils le firent alors voir à un médecin qui incisa la tumeur avec un bistouri. Par cette incision, il s'écoula une matière semblable à du suif et quelques poils.

En l'examinant, on voit sur le dos du nez, à l'union du tiers inférieur et des deux tiers supérieurs, une petite ouverture de 1 millimètre de diamètre. Un stylet de trousse y pénètre facilement, dans une étendue

de 3 centimètres en suivant une direction de haut en bas. Le doigt sent à travers la peau l'extrémité de l'instrument au niveau de la racine du nez. Le stylet se meut facilement dans tous les sens dans cette cavité. Lorsqu'on le retire, il ramène un peu de matière sébacée avec des poils.

A la palpation, on constate sur toute la partie supérieure du dos du nez une tumeur du volume d'un petit haricot. La peau qui la recouvre ne présente rien de particulier. Elle est plus longue dans le sens vertical que dans le sens horizontal. La peau qui la recouvre est un peu mobile. En prenant la tumeur entre les doigts on voit qu'elle est mobile sur le squelette dans le sens latéral; la mobilité est plus difficile à produire dans le sens vertical. Le squelette du nez est intact; les parties voisines sont saines.

Le diagnostic de kyste dermoïde ne peut être douteux. Le seul traitement à employer est l'extirpation de la tumeur. Cette ablation doit être pratiquée au moyen d'une incision faite sur le dos du nez, incision qui ouvrira la tumeur dans toute son étendue et permettra ainsi la dissection facile de toute la membrane dermoïde.

Observation XIII.

F. Bramann, Cinq cas de kystes dermoïdes du dos du nez, *Archiv für Klinische Chirurgie,* Band XL, 1890, p. 111.

Les deux premiers cas concernent des enfants du premier âge chez esquels on ne constate aucune autre malformation.

L'un, âgé de quatre mois, une fille, présentâit au niveau de la moitié upérieure du cartilage du nez, exactement sur la ligne médiane du dos u nez, une tumeur constatée dès la naissance, aux dires des parents; rosse comme une noisette, aplatie, molle et fluctuante. Elle parut dhérente au cartilage et à la partie inférieure des cartilages et des os ropres, et recouverte par de la peau un peu plus rouge que normaement et légèrement enflammée. L'extirpation, décidée de suite, fut efusée, et l'enfant fut perdue de vue.

Quand je la revis huit jours plus tard, la petite tumeur s'était ouverte ste sur la ligne médiane, et la plaie encore existante donne issue, par pression, à une sécrétion un peu épaisse, qui, en plus des autres ractères habituels au contenu des kystes dermoïdes, contenait beaucoup petits poils. La tumeur préexistante était presque entièrement disparue ontanément, il n'en restait de trace qu'une très légère saillie, avec la tite fistulette sur la ligne médiane.

La tumeur disparue, les parents refusèrent toute intervention racale.

Depuis un an, la fistule persiste; elle se bouche de temps en temps pour redevenir perméable sous l'application de pommades et de cataplasmes émollients et donner issue aux sécrétions amassées dans l'intervalle. Toute déformation du cartilage paraît absolument faire défaut.

Observation XIV.

Bramann, *ibid.*

Chez le deuxième enfant, âgé de sept mois, je constatai sur le dos du nez une tumeur grosse environ comme un noyau de prune, qui se prolongeait en haut par une extrémité progressivement amincie et pointue et pouvait être suivie jusqu'au commencement du squelette osseux, tandis que l'extrémité inférieure, large, se prolongeait jusqu'à la pointe du nez. La petite tumeur était modérément tendue, de consistance molle et pâteuse; elle apparaissait de couleur blanc jaunâtre par transparence à travers la peau mince qui la recouvrait, quand celle-ci était fortement tendue. La mobilité sur le squelette nasal était faible ou nulle. La tumeur existait à la naissance et avait à peine augmenté de volume.

A l'extirpation, nous trouvâmes, après dissection de la peau très amincie, la tumeur faisant corps avec le cartilage qui ne présentait néanmoins aucune difformité; il était peut-être seulement un peu plus plat qu'à l'ordinaire.

L'extrémité supérieure de la tumeur put être suivie jusqu'au rebord inférieur des os propres et se prolongeait encore un peu au-dessous d'eux, si bien que ce rebord restait distant de quelques millimètres du cartilage.

L'examen microscopique du contenu ainsi que des parois donna dans ce cas, comme dans les suivants, le résultat habituel; dans aucun cas les poils ne faisaient défaut. Après la guérison de la plaie opératoire qui fut rapide, le nez, à part la cicatrice, présente une apparence absolument normale.

Observation XV.

Bramann, *ibid.*

Le troisième cas concerne un garçon de quatre ans, bien constitué et bien portant par ailleurs, qui depuis la naissance portait sur la pointe et le dos du nez une petite élévation. A la fin de la première année, à l'occasion d'une chute, cette tuméfaction se rompit et se vida en donnant issue à du sang et à une matière épaisse. La fistule consécutive persiste encore, et à la pression, il en sort parfois encore le contenu caractéristique des kystes dermoïdes. Le dos du nez présente une petite dépression. Je n'ai malheureusement pas pu obtenir de photographie.

Observation XVI.

Bramann, *ibid.*

Tout autres furent l'aspect et le résultat final chez le quatrième malade. Celui-ci, un garçon de quatorze ans, vigoureux, portait depuis sa naissance une tumeur sur le dos du nez, qui se développa insensiblement et dans la même proportion que l'ensemble du corps. Elle débuta à la partie inférieure de la portion osseuse, qui paraissait un peu épaissie et se prolongea en bas jusqu'à la pointe du nez. La partie la plus large était située au-dessous des os propres, sur la ligne médiane, empiétant sur les faces latérales, et même sur la moitié en hauteur des ailes cartilagineuses. Lisse, convexe et bien unie, elle donnait au nez un profil assez comparable au type romain très accusé.

La peau qui recouvrait la tumeur n'était en rien modifiée. Cette dernière était moyennement tendue, vaguement fluctuante, immobile et adhérente au cartilage, et allait se perdre dans les os propres. L'extirpation que j'entrepris en septembre dernier (1889) ne fut pas très facile, car non seulement la peau adhérait intimement au sommet de la tumeur, mais aussi les parties latérales se prolongeaient si loin que je dus, en plus de l'incision primitive verticale sur la ligne médiane, pratiquer une incision transversale, qui me permit seulement alors d'isoler la base d'implantation de la tumeur d'avec le dos du nez.

Après ablation de la tumeur, le dos du nez présente non seulement une absence des cartilages des parois latérales, mais aussi une profonde cavité dans l'épaisseur de la partie supérieure du septum. Celui-ci n'était réuni aux ailes du nez par aucun cartilage, mais seulement par la muqueuse. Au lieu de la forte convexité précédente, le nez présentait une remarquable ensellure. Je ne veux pas omettre de dire que l'extrémité supérieure du kyste s'enfonçait sous les os propres et les éloignait pour ainsi dire des cartilages. Une sonde introduite dans ce récessus s'enfonça jusque vers la racine du nez sans pénétrer dans le sinus frontal. A cause de la grosse difformité qui était résultée dans la zone cartilagineuse du fait de l'ablation du kyste, je ne pouvais me résoudre, afin d'extirper le récessus supérieur, à désunir les os propres sur la ligne médiane, ou même à les réséquer en partie. Je me bornai seulement à détacher avec la gouge la partie située loin des cartilages, sous le rebord des os propres, et à curetter énergiquement le reste de la poche kystique.

Après guérison, la concavité du dos du nez augmenta encore, comme on pouvait le prévoir au moment de l'opération. Je revis le malade trois mois après l'intervention, toujours en bon état; mais peu de temps après, apparut une nouvelle tumeur molle, née sous les os propres, qui

devait être regardée comme une récidive née du récessus supérieur, incomplètement extirpé. Après incision de la partie supérieure de la cicatrice, cette partie fut de nouveau curettée, puis cautérisée au Paquelin ; depuis lors la guérison s'est maintenue.

Observation XVII.

Bramann, *ibid.*

Le cinquième cas concerne un homme de vingt-cinq ans, vigoureux et bien bâti, qui naquit, au dire de ses parents, portant sur le milieu du dos du nez, une petite tumeur qui se rompit dès la première année de sa vie en donnant issue à du pus. Depuis, a persisté à cet endroit une fine ouverture par laquelle s'écoule de temps en temps une matière épaisse et blanchâtre et fait saillie une touffe de petits poils qui on rapidement repoussé chaque fois que le malade les a arrachés. A cause de la difformité qui en résulte, le patient désire la cure radicale de son affection. Comme on le voit sur la figure, juste sur la ligne médiane du nez parfaitement conformé par ailleurs, environ au niveau du rebord inférieur des os propres qui, vus de profil, font une légère saillie sur le nez cartilagineux, se voit une petite dépression triangulaire par où sort une touffe de poils épais et brun foncé. Un stylet engagé dans cet orifice se laisse enfoncer de bas en haut jusqu'à environ 1 centimètre et demi sous le rebord inférieur des os propres, en passant entre celui-ci et le cartilage. En pressant très fort à l'entour de ce trajet, on fait couler de petites quantités de liquide caractérisque du contenu des kystes dermoïdes.

L'opération, dans ce cas, consista dans l'extirpation totale du trajet et de la poche assez épaisse qui lui faisait suite, poche tapissée de poils. L'extrémité supérieure fut extirpée sans lésions des os ; il n'en résulta aucune difformité notable.

Observation XVIII (résumée).

Wœlffler, Zur Cazuistik der medianen Gesischtspalte.
Archiv für Klinische Chirurgie, 1890, Band XL, p. 795.

Le 25 avril 1887, on constatait les difformités suivantes chez un enfant de vingt et un jours, assez bien nourri, capable bientôt après sa naissance de têter, avec quelque difficulté cependant. On voyait au milieu de la lèvre inférieure une fente intéressant toute son épaisseur, au point qu'elle paraissait séparée sur la ligne médiane en deux moitiés qui semblaient réunies secondairement par une fragile cicatrice. Cette dernière était tellement enfoncée vers la cavité buccale qu'on l'apercevait à peine. Le bord libre (rouge) était aussi enfoncé en angle et irrégulièrement vers la cicatrice et un peu éversé en dehors.

La cicatrice rougeâtre en dehors de la lèvre inférieure et du menton descendait sur la ligne médiane dans la région sous-mentonnière et le cou jusqu'à la hauteur de la fourchette sternale, sans être toutefois aussi rétractée qu'à la lèvre inférieure et au menton. On pouvait donc admettre, sans de plus longues recherches, que la cicatrice de la région cervicale résultait d'une fissure de la peau seule, sans intéresser les organes sous-jacents.

Le 12 octobre première opération....

Le 4 avril 1888, opération complémentaire... En juillet 1888, le père de l'enfant me demande encore une fois mon concours. D'un début tout à fait insidieux, par une tâche blanchâtre, est apparu, puis se développa sur la pointe du nez quelque chose de saillant donnant au profil l'apparence d'un bec d'oiseau de proie. Cette tumeur, recouverte d'une peau très pâle, avait une consistance molle. Le père désirait que l'on remédiât aussi à cette difformité. Sa constitution m'était tout à fait inexplicable. Je résolus d'inciser la peau, de réséquer le cartilage que je croyais former la tuméfaction, puis de suturer la peau par-dessus.

Après incision, je découvris, au lieu de cartilage, un kyste dermoïde qui par sa capsule adhérait intimement par sa face antérieure à la peau, par sa face postérieure avec les os propres du nez, et dont le pédicule remontait jusqu'au niveau de la suture des os propres avec l'os frontal.

Il fut extirpé. La plaie était parfaitement réunie en peu de jours, en même temps que complètement disparue la difformité.

Observation XIX.

Stewart, Sur un cas de malformation congénitale du nez, *The Lancet*, du 27 mars 1897

Cette observation concerne un malade âgé de vingt-cinq ans qui fut envoyé par le Dr Buck au « Great Northern Central Hospital ».

Le malade, interrogé, répondit que d'aussi longtemps qu'il pouvait se le rappeler, il avait été dans le même état qu'actuellement. On lui avait dit cependant qu'étant tout enfant, on lui avait extirpé une tumeur du nez. Il demandait à être soigné, parce que sa difformité l'empêchait d'obtenir n'importe quel emploi.

L'examen, après son entrée, montra une fissure profonde occupant la ligne médiane du nez et s'étendant des os nasaux à la lèvre supérieure. Le nez était ainsi divisé en deux moitiés. Les tissus de la fissure étaient d'origine cicatricielle.

Opération; chloroformisation. On tamponne les narines; incision sur la ligne médiane depuis la suture fronto-nasale jusqu'à la lèvre supérieure. De ce dernier point, des incisions secondaires furent prolongées de chaque côté jusqu'aux bords du nez.

La peau, qui était très adhérente, fut disséquée jusque loin en arrière. Le cartilage médian de la cloison était divisé en deux moitiés formant chacune un septum distinct, le droit étant plus développé que le gauche. Le fond de la fissure était occupé par du tissu osseux très dur, et tout à fait en bas par du cartilage très épaissi.

La partie osseuse de ce fond fut enlevée avec la gouge et la pince à os; la partie cartilagineuse fut soigneusement détachée et grattée. Les deux moitiés cartilagineuses du septum, détachées autant que possible de leurs insertions osseuses, furent suturées ensemble au crin.

On enleva la portion de peau qui se trouvait en excès, et les lambeaux furent soigneusement réunis par des sutures au crin. Les suites furent bonnes : le malade guérit, et maintenant il a un nez très présentable.

A mon avis, ce cas de malformation est unique.

La formation du cartilage de la cloison est due à la coalescence des lames nasales des bourgeons nasaux latéraux. Dans ce cas, la coalescence fut évidemment empêchée par la formation d'un kyste, sans doute dermoïde.

Un excellent moule, pris par mon collègue M. Mower White, a été déposé au musée de l'hôpital.

Observation XX.

Ligorio.

L'enfant C..., âgé de six mois, est amené de Sancasciano (Val di Pesa), atteint d'une tuméfaction de l'extrémité libre du nez, qui n'altère pas sa physionomie; il est le cinquième enfant né de parents sains, et ses frères sont tous normalement constitués. Né à terme et d'une façon physiologique, il présentait à sa naissance une dent implantée sur la mâchoire supérieure, au niveau de l'union des deux intermaxillaires. Il a maintenant ses deux incisives médianes et inférieures.

Dès le début, les parents s'aperçurent que la pointe du nez était un peu plus saillante que normalement; mais à partir de l'âge d'un mois et depuis, elle est devenue plus chaude et de couleur plus blanche.

Au moment du premier examen (19 mai 1897), on a l'impression d'une petite tumeur apposée sur le dos du nez, s'étendant de la partie supérieure de l'orifice des narines jusqu'à la glabelle, et latéralement d'un sillon naso-génien à l'autre. Le nez n'est resté normal qu'au niveau des narines et des ailes.

La tumeur, qui fait partie du corps du nez, proémine en avant et en haut, comme si elle prolongeait la pointe, en forme de bec, ressemblance rendue plus frappante encore par la couleur blanc jaunâtre de cette tuméfaction.

Si l'on mesure ce nez ainsi déformé, on trouve que de sa base à son sommet il mesure sur la ligne médiane 17 millimètres, tandis que latéralement on compte 6 millimètres de la ligne médiane du nez à la périphérie de la tumeur.

La peau qui la recouvre est normale, bien qu'un peu plus pâle; au sommet elle est plus tendue et jaunâtre.

La consistance de la tuméfaction est uniformément molle et presque fluctuante.

Quant au reste de la face, du crâne et du corps, l'enfant apparaît normalement constitué; cependant, à l'examen de la bouche, on note une certaine étroitesse de la voûte palatine.

Opération le 29 mai 1897. — Après avoir désinfecté la peau on fait une incision longitudinale sur la ligne médiane, et on tombe sur une masse blanche, d'aspect sébacé, contenue dans une poche kystique de forme sphérique et à paroi lisse; cette paroi est en partie réséquée avec les ciseaux; en partie raclée avec la curette tranchante.

On constate que la tumeur repose en partie sur la portion cartilagineuse du canal nasal. Après une abondante irrigation avec du sublimé au millième, on tamponne la cavité à la gaze iodoformée, et l'on passe deux fils de soie près des bords de la plaie pour procéder ensuite à la suture secondaire. On applique un pansement aseptique à l'aide d'un tampon de gaze et de collodion.

L'examen immédiat au microscope de la matière sébacée issue du kyste montre qu'elle se compose de granulations graisseuses de grosseurs variées, mêlées à des cristaux en aiguille d'acides gras.

Le 30 mai suivant on enlève le tampon de gaze et on réunit par deux points de suture; réunion par première intention. Il persiste encore un peu de tuméfaction du nez avec le même aspect que précédemment, ce qui n'indique nullement une récidive de l'ancienne cavité kystique.

L'enfant nous fut ramené ultérieurement en juillet et aux premiers jours d'août.

L'heureuse issue de l'opération s'était maintenue; la tuméfaction du nez ne s'était pas reproduite; le nez avait maintenant une forme normale; la cicatrice était peu visible.

Des fragments de la paroi du kyste excisée furent fixés par le liquide de Müller et inclus dans la celloïdine. L'examen microscopique des coupes donne les résultats suivants:

Sur une coupe transversale, la paroi apparaît faite extérieurement d'un tissu conjonctif lâche avec beaucoup de graisse dans ses mailles; et vers sa surface interne, d'un tissu plus dense, plus compact, au milieu duquel on note la présence d'amas de petites cellules semblables à des follicules lymphatiques. On y trouve aussi des glandes

sébacées complètes avec leur canal extérieur venant s'ouvrir à la surface de la paroi. Ces glandes comportent trois ou quatre ramifications et révèlent leur activité par les divers aspects que présentent les cellules les plus voisines de la lumière glandulaire. On voit des traînées de grosses cellules épithéliales avec un protoplasme réticulé et un noyau très net. Ces traînées partent des couches les plus profondes d'un épithélium pavimenteux stratifié qui tapisse la paroi kystique et ressemble à l'épiderme. Mais il est mal conservé, probablement du fait d'avoir inconsidérément frotté cette paroi kystique avec de la gaze iodoformée et du sublimé, avant de prélever des fragments à examiner. En aucun point je n'ai réussi à atteindre par mes coupes ni un follicule pileux ni une glande sudoripare.

Observation XXI.

Barnard

Jeune garçon de quatre ans présentant un kyste dermoïde du dos du nez avec fistule s'ouvrant à la pointe. Extirpation suivie de guérison.

Observation XXII.

Mougeot et Okinczyc

Une fillette de sept ans, Ponc. Gilberte, est amenée le 25 août 1903 à la consultation de l'hôpital Trousseau pour une fistule qui siège à mi-hauteur du dos du nez sur la ligne médiane. Les antécédents héréditaires de cette enfant ne présentent d'autre fait notable que la mort de son frère aîné à l'âge de trois semaines, avec l'aspect du petit vieux, dans un état cachectique, peut-être hérédo-syphilitique.

La grossesse de la mère paraît n'avoir rien présenté d'anormal ; l'accouchement fut spontané par le sommet.

A l'âge de deux ans, l'enfant, qui jusque-là avait toujours été bien portante, aurait reçu, au dire de ses parents, une clef sur le dos du nez. On vit alors se développer une petite tumeur médiane, qui s'ouvrit en donnant issue à un liquide louche et laissa la fistule pour laquelle la malade est venue consulter, et pour laquelle on la fait entrer salle Verneuil.

Depuis la fistulisation de la cavité kystique et presque périodiquement trois fois par an, très exactement tous les quatre mois, racontent les parents, la région du dos du nez se gonfle et augmente de volume, la tuméfaction liquide reparaît, qui vient secondairement faire issue comme la première fois au niveau de la fistule sous forme d'un écoulement séro-purulent qui dure quelques jours.

L'enfant fut présentée à plusieurs médecins, notamment à Lille et à

Rouen. On paraît avoir pensé à une fistule symptomatique d'ostéite sous-jacente des os propres, car on la traita par des grattages, et on fit radiographier l'enfant de profil dans le but de déceler des lésions osseuses. Les parents nous montrent en effet des épreuves radiographiques où l'on ne voit rien d'anormal.

On essaya ensuite, sans résultat d'ailleurs, le traitement antisyphilitique.

La fistule, qui siège à la moitié de la hauteur du dos du nez, très exactement médiane, présente une forme oblongue, allongée dans le sens vertical, et mesure 6 millimètres environ de longueur sur 3 millimètres de largeur. Partout, sur ses bords comme sur son fond, elle est entièrement épidermisée, et présente l'aspect de la peau normale. Elle représente une petite cupule ovale, profonde de 3 à 4 millimètres, dont les bords latéraux sont taillés à pic, tandis que sous les bords supérieurs et inférieurs décollés existent deux petits culs-de-sac.

Le cul-de-sac inférieur admet juste comme longueur et comme diamètre l'extrémité renflée du stylet.

Le cul-de-sac supérieur est plus petit, ébauché en quelque sorte; il présente un bouquet de petits poils blonds. Même avec un crin on ne trouve pas de trajet partant de ce cul-de-sac.

En examinant la région de très près, on voit à un centimètre environ de la pointe du nez une seconde fistulette minuscule, simple dépression ponctiforme, qui ressemble à un orifice glandulaire, à l'empreinte laissée par la pression d'une pointe d'épingle. L'orifice bien rond, épidermique, admet un crin de grosseur moyenne qui d'ailleurs est immédiatement arrêté. Cette fistulette paraît jusqu'ici avoir passé inaperçue.

La palpation ne révèle entre les deux orifices, ni au-dessus de la fistule supérieure, aucun cordon induré, aucun trajet perceptible.

M. Grisel, qui remplace le professeur Kirmisson, pose le diagnostic de fistule congénitale du dos du nez consécutive à l'ouverture d'un kyste dermoïde, et propose à la famille, qui l'accepte, le traitement par l'extirpation sanglante.

Le 8 septembre dernier M. Grisel fait l'opération sous chloroforme. Dans un premier temps qui fournit un complément à l'exploration clinique, il introduit par la fistule supérieure, de haut en bas, un fil d'argent aseptisé qui ressort par le petit orifice ponctiforme situé près de la pointe du nez, après avoir chassé devant lui un long et mince bouchon épidermique blanchâtre. Le fil, et par suite le trajet, est bien exactement médian. On trace une incision verticale qui à ses deux extrémités se dédouble pour circonscrire dans une petite raquette l'un et l'autre orifice. Le trajet, soulevé à l'aide du fil d'argent qu'il contient, est disséqué et excisé; le suintement sanguin en nappe et gênant est

arrêté en quelques secondes par une solution d'adrénaline à 1/5000. A la partie supérieure on cherche en vain à cathétériser le reste du trajet, même à l'endroit où existe la dépression entourée d'un bouquet de poils.

On arrive néanmoins à disséquer un petit canal de un centimètre de long environ, qui, dirigé en arrière et en haut, vient s'enfoncer et se perdre dans la partie inférieure de la suture médiane des os propres du nez.

La plaie opératoire est réunie par trois points de suture à la soie fine, placée aussi près que possible des bords de la plaie, puis recouverte d'un pansement occlusif au collodion. Apyrexie pendant les huit jours qui suivent.

Au premier pansement *(15 septembre)* il y a quelques gouttes de pus dans la partie supérieure de la plaie, correspondant à la cavité kystique purulente profonde, dont l'extirpation complète reste douteuse. Les points de suture enlevés, on met un pansement humide et, quelques jours après, la réunion est complète et l'enfant part guérie, en apparence du moins.

Observation XXIII

W. Dubreuilh. — Kyste dermoïde du nez, *Journal de Médecine de Bordeaux*, 28 juin 1903.

Antoinette P... est une enfant de sept ans, parfaitement bien portante, bien que sa mère soit morte de tuberculose.

Deux ou trois semaines après sa naissance, on a remarqué sur le dos du nez une tuméfaction aplatie qui s'est peu modifiée depuis. Dès le début, il y avait un orifice d'où s'écoulait un liquide clair. Il y a eu à plusieurs reprises des poussées inflammatoires, et la famille, inquiète, a fait soigner cette lésion par divers médecins. On a fait le diagnostic de lupus, et entre autres traitements infructueux on a fait des scarifications.

Le nez est à la fois élargi et bombé. L'élargissement affecte surtout la partie supérieure et il est au squelette. Sur toute la partie moyenne du nez et à cheval sur la ligne médiane se trouve une tuméfaction aplatie, longue de deux centimètres de haut en bas et large de quinze millimètres. Cette tuméfaction est molle, difficile à délimiter; à sa partie supérieure, elle aboutit à une saillie osseuse qui rend le nez bossu et qui est située un peu au-dessus de l'extrémité inférieure des os propres. La mère de la malade présentait une bosse analogue sur le nez.

A la partie inférieure de la tumeur et sur la ligne médiane, se trouve un orifice large comme une tête d'épingle, d'où la pression fait sortir une masse crémeuse blanche, constituée par des cellules épithéliales cornées. La peau qui recouvre la tumeur a sa couleur normale.

L'opération est faite le *29 novembre 1902* sous chloroforme. Après incision sur la ligne médiane, on reconnaît difficilement la paroi du kyste qui fait corps avec la peau, de sorte que la dissection en est assez laborieuse. La face profonde en contact avec les cartilages est moins adhérente; cependant on ne peut enlever le kyste que par lambeaux. La dissection est facilitée par des badigeonnages d'adrénaline qui, en anémiant complètement la plaie, permettent de mieux distinguer les tissus. A la partie supérieure de la plaie, on découvre une petite tumeur globuleuse, blanche, du volume d'un petit pois, qui est logée dans une cavité sphérique creusée entre les os propres du nez, d'où on l'extrait sans difficulté. C'est un petit kyste à parois épaisses et contenant un grand nombre de poils courts. Ce second kyste paraît indépendant du premier, et l'exploration minutieuse de la petite cavité osseuse ne fait découvrir aucun prolongement profond. Après l'extirpation de tous les débris de membrane kystique, on ferme l'incision par trois points de suture au crin de cheval. Enlèvement des sutures le cinquième jour; réunion complète.

Après la guérison, le nez reste un peu large à sa partie supérieure, mais la bosse médiane a presque disparu, ce qui prouve que, malgré sa consistance osseuse, elle était principalement due au petit kyste supérieur enclavé entre les os propres du nez.

L'examen microscopique a montré dans les deux kystes un revêtement épidermique complet avec toutes les couches de l'épiderme normal, et dans le kyste supérieur des follicules pileux avec leurs glandes sébacées.

Le contenu du kyste recueilli avant l'opération, était formé de cellules épithéliales cornées avec une grande quantité de microcoques disposés en chaînettes.

Observation XXIV (inédite).

Due à l'obligeance de M. le professeur Denucé.

François M..., âgé de cinq ans, est amené à la consultation de l'hôpital des enfants le 12 mai 1911, pour une petite tumeur siégeant à la partie moyenne du dos du nez.

Rien de particulier dans les antécédents héréditaires. Cet enfant, bien portant par ailleurs, présentait à la naissance une petite élévation blanchâtre, qui resta longtemps stationnaire. Il y a six mois, sans aucune cause appréciable, cette tumeur augmenta de volume et atteignit la grosseur d'un haricot; elle conserva cet état pendant un certain temps. Puis elle diminua rapidement cependant qu'on constatait à la pointe du nez l'orifice d'une fistule, resté jusqu'alors inaperçu, et par où s'écoulait une matière grasse et jaunâtre renfermant quelques poils.

Cette fistule continua à donner issue plus ou moins régulièrement

à ces produits, puis il y a trois semaines environ, l'écoulement s'arrêta et le volume du kyste augmenta de nouveau.

On se trouve actuellement en présence d'une petite tuméfaction de forme ovale, indolente à la pression, située à la partie moyenne du dos du nez, qu'elle bombe fortement; la peau à ce niveau est blanchâtre et glisse librement sur la tumeur qui adhère aux plans profonds; celle-ci est molle, presque fluctuante. A la pointe du nez on reconnaît la présence d'un orifice gros comme une tête d'épingle, qui, lorsqu'on exerce une pression sur le kyste, laisse sortir quelques gouttes d'une substance crémeuse.

On pose le diagnostic de kyste dermoïde du dos du nez et on propose l'extirpation qui est acceptée par les parents.

Opération le 17 mai, sous chloroforme; incision de 2 centimètres sur la ligne médiane. La dissection de la poche est laborieuse, à cause des adhérences avec le périoste et le périchondre, de plus l'écoulement sanguin abondant gêne beaucoup l'opération et nécessite l'emploi d'adrénaline. D'ailleurs l'extirpation de la poche ne peut se faire d'une seule pièce et celle-ci ne peut être enlevée que par fragments ; on racle à la curette tranchante les points d'adhérence de la paroi, et après tamponnement les lèvres de la plaie sont suturées par trois points au crin de Florence.

Cinq jours après on enlève les fils ; réunion par première intention. A la sortie de l'hôpital le nez a repris son aspect normal. Il existe une cicatrice linéaire peu visible.

Examen du kyste. — Le kyste était rempli d'une matière épaisse, jaunâtre, grumeleuse et renfermait un assez grand nombre de poils. A l'examen microscopique, on constata la structure caractéristique des kystes dermoïdes ; à signaler toutefois l'absence des glandes sudoripares.

Observation XXV (inédite).

Due à l'obligeance de M. le professeur agrégé Princeteau, chirurgien des hôpitaux de Bordeaux.

Kyste dermoïde du dos du nez siégeant au niveau de la racine.

Au mois de juin 1898, je suis appelé par mon confrère le docteur A.., dont la jeune domestique, âgée de vingt-quatre ans, présente depuis sa naissance une petite tuméfaction très disgracieuse siégeant au niveau de la racine du nez et dont elle veut se débarrasser avant de se marier.

Nous procédons à l'examen de cette difformité et nous constatons qu'elle est constituée par une petite tumeur oblongue ayant le volume et la forme d'une olive ordinaire, dont le pôle supérieur correspondait à

la racine du nez et le pôle inférieur descendait recouvrant le tiers supérieur et la région médiane du dos du nez.

La peau est normale sans changement de couleur et le pôle supérieur de la tumeur est barré par les sourcils qui viennent se rejoindre en dessus. La consistance de cette tumeur est molle et semi-fluctuante. La peau glisse facilement au-devant d'elle et dans tous les points de sa surface. La tumeur elle-même glisse assez facilement sur les plans profonds.

Rien à noter du côté des antécédents héréditaires ni personnels. Nous concluons à l'existence d'un kyste congénital probablement dermoïde, mais ayant subi un entier ramollissement et peut-être en voie de transformation, car il a augmenté de volume depuis quelque temps.

L'opération décidée est pratiquée quelques jours plus tard sous anesthésie chloroformique. Elle fut des plus simples et des plus faciles. Le kyste fut extrait en totalité et nous constatâmes qu'il n'était adhérent ni aux plans superficiels ni aux plans profonds. La réunion se fit par première intention et la guérison fut obtenue en quelques jours.

Examen de la pièce.— Le contenu du kyste était d'aspect absolument huileux. Il fut évacué complètement à l'ouverture de la poche et il nous fut impossible d'en recueillir aux fins d'examen. On eût dit de la graisse fondue.

Quant au revêtement interne de la paroi kystique, il était formé par un derme plan sans papilles, sans glandes, ni sébacées ni sudoripares, avec quelques rares et minces follicules pileux de poils follets et un revêtement d'épithélium pavimenteux stratifié dans lequel on retrouvait les couches basale et moyennes à peu près intactes en certains endroits, tandis qu'en d'autres points l'épithélium était représenté par des couches superposées de cellules juxtaposées et aplaties, imbriquées les unes sur les autres comme les feuillets d'un oignon. En des points nombreux ces feuillets de cellules mortes et ayant subi un commencement de désintégration granulo-graisseuse s'écartaient les uns des autres formant de véritables fentes ou clivages remplis de matière grasse.

Observation XXVI (inédite)

Due à l'obligeance de M. le professeur agrégé Princeteau, chirurgien des hôpitaux de Bordeaux.

Kyste dermoïde du dos du nez au niveau de la partie moyenne.

L'enfant F... m'est présenté au mois de mai 1911. Cet enfant, âgé de quatre mois, du sexe masculin, est un premier né et présente des difformités congénitales importantes et intéressantes.

Il n'y a aucun antécédent digne d'être noté ni du côté du père ni du côté de la mère dont la grossesse a été normale. Pas de syphilis chez les ascendants. Notre petit malade présente une gueule de loup, large fente vélo-palatine occupant toute la voûte de la cavité buccale et intéressant le rebord alvéolaire du maxillaire supérieur avec incision de ce rebord du côté gauche et division de la lèvre à gauche également. La narine gauche est largement ouverte et affaissée. Le regard pénètre facilement par la fente narino-labiale dans la cavité commune bucco-nasale, où l'on voit se mouvoir et apparaître à chaque instant l'extrémité libre de la langue qui vient s'insinuer entre les bords de la fente labiale.

Il existe en outre sur la face dorsale du nez et sur la ligne médiane, exactement au point de jonction de la portion osseuse avec la portion fibro-cartilagineuse, une petite tumeur congénitale, du volume d'un petit pois qui soulève et tend la peau au point de transparaître avec sa couleur propre qui est jaunâtre. Cette peau, quoique tendue, n'est pas adhérente à la tumeur sous-jacente qui, elle, ne glisse pas sur les plans profonds.

Il est facile de voir qu'il s'agit d'un kyste dermoïde développé au niveau du point de jonction des deux parties osseuse et cartilagineuse formant le squelette du nez.

Les parents ayant insisté pour la réfection du bec-de-lièvre labial comme temps préliminaire, nous avons procédé à cette opération au mois de juin dernier, et nous avons pu pratiquer en même temps l'extirpation du petit kyste dorsal du nez dont nous avons fait l'examen histologique par la suite.

La paroi externe de ce kyste était reliée par un pédicule très faible à l'angle de séparation du bord inférieur des deux os propres du nez qui, à ce niveau, était encore cartilagineux.

La paroi interne était formée par un épithélium pavimenteux stratifié sans couche cornée. Le derme de ce revêtement ne présentait ni papilles ni glandes ni poils, et le contenu était constitué par une matière analogue à la matière sébacée.

Observation XXVII (inédite).

Communiquée par M. le professeur Dubreuilh.

Marie-Louise P..., quatre ans et demi, vient à la consultation le 17 mai 1910. Père trente et un ans, n'a jamais été malade. Mère vingt-sept ans, mariée depuis cinq ans, anémiée. L'enfant qu'elle amène est son premier né, la grossesse et l'accouchement ont été normaux. Il existe un deuxième enfant âgé d'un an sans malformations congénitales.

Grands-parents robustes.

Personnellement a toujours été délicate et très nerveuse; croup il y a un an.

Il y a trois mois les parents se sont aperçus d'une petite lésion indolente siègeant sur le côté gauche du nez, au niveau du bord inférieur de l'os nasal, de la grandeur d'une lentille, de forme arrondie, de couleur blanchâtre, dure au toucher, donnant la sensation d'une petite lamelle osseuse fixée sous la peau.

Au bout d'une quinzaine de jours, la lésion augmenta et perdit peu à peu ces caractères.

Le dos du nez présente, entre la partie supérieure du lobule et l'extrémité inférieure des os du nez une bosse étalée siégeant sur la ligne médiane et débordant un peu plus du côté gauche, ce qui, vu de profil, donne au nez une forme un peu bossue. La peau ne présente aucune altération ; sa couleur et sa structure sont normales.

A la palpation, on trouve une tumeur aplatie, arrondie, large de 15 millimètres sur 12, bien limitée, étalée et appliquée contre le squelette sur lequel elle présente une légère mobilité, indépendante de la peau qu'on peut plisser à sa surface.

A la partie inférieure de la tumeur au-dessus du lobule et exactement sur la ligne médiane, se trouve un orifice gros comme une petite tête d'épingle, creusé dans la peau normale et bordé par elle, par où l'on voit deux ou trois poils faire issue et d'où la pression fait sortir quelques gouttes huileuses. La tumeur est totalement indolente, elle a grossi dans les premiers temps, mais paraît tout à fait stationnaire actuellement.

Opération 19 mai 1910. — Sous chloroforme; incision de 2 centimètres environ sur la ligne médiane, dissection assez laborieuse des parois du kyste, rendue encore plus difficile par une hémorragie en nappe; on enlève une grosse partie du kyste du volume d'un pois. On voit alors un prolongement antéro-supérieur s'engageant entre les deux os propres, on extirpe cette portion grosse comme une lentille, puis après tamponnement on suture au crin de Florence.

La poche kystique, laisse échapper à l'ouverture une matière caséeuse, grasse, renfermant des poils en forme de cils; la paroi interne du kyste est luisante, un peu chagrinée, plissée, légèrement rosée, très épaisse par endroits, amincie dans d'autres et reste recouverte après l'ouverture d'une certaine quantité du magma intérieur.

Examen microscopique. — Paroi de kyste dermoïde absolument typique; cellules géantes très abondantes.

Le 22 juin 1910. — Cicatrice linéaire avec petite ombilication à son extrémité inférieure.

CHAPITRE IV

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

A. Étude macroscopique.

Les kystes dermoïdes siègent entre la peau et le squelette, soit à la pointe, soit à la racine, soit à la partie moyenne du dos du nez. Lorsqu'il existe une fistule, elle est située à la partie déclive et s'ouvre ordinairement à la pointe du nez. De là elle remonte en suivant toujours la ligne médiane, et la portion initiale de son trajet est sous-cutanée. Puis, s'enfonçant plus profondément elle peut s'insinuer entre les cartilages et les os du nez, et en ce point il peut exister une cavité kystique (Bramann); elle peut aussi cheminer entre les os propres du nez. Et c'est ainsi que l'on peut observer un écartement des cartilages et des os propres du nez, ou une disjonction de ces os propres, ou encore une véritable fissure du septum dédoublant la cloison qui présente à sa partie médiane une cavité kystique. Si l'on introduit un fin stylet, il peut s'enfoncer très profondément jusqu'à la glabelle, mais il est à noter que jamais la fistule ne communique ni avec le sinus frontal, ni avec les fosses nasales.

La paroi du kyste peut être libre, elle peut aussi adhérer par sa face superficielle à la peau, par sa face profonde au périchondre ou au périoste. Dans un cas nous la voyons reliée à l'angle de séparation du bord inférieur des os du nez, par un mince pédicule (obs. XXVI). La surface interne de cette

paroi a l'aspect de la peau, ou plus exactement celui d'une muqueuse; tantôt lisse et unie, d'un blanc nacré, tantôt blanchâtre et tomenteuse, elle peut encore rappeler la muqueuse de l'estomac ou présenter une apparence plissée analogue à celle de la peau macérée (Gironde). L'épaisseur en est également variable : la paroi, quelquefois très mince, peut également présenter jusqu'à 15 millimètres d'épaisseur.

Et ces variations peuvent exister non seulement dans divers kystes, mais encore dans la paroi d'une même poche, où l'on peut rencontrer des épaississement considérables, et aussi des endroits amincis à tel point que la paroi conjonctive n'est plus revêtue que d'un épithélium, et que parfois même on ne trouve plus d'épithélium. Si nous ouvrons une poche kystique nous voyons qu'elle est remplie d'une matière grasse dans laquelle se trouvent des poils implantés dans la paroi ou détachés et libres dans la cavité. Ces poils qui peuvent être très longs, ont quelquefois l'aspect de cils : ce ne sont souvent que de simples poils follets. Ils se présentent soit séparés, soit disposés en un feutrage assez épais, soit plus souvent pelotonnés en un bouchon plus ou moins serrée et volumineux. Leur couleur enfin n'est pas toujours en rapport avec celle de la barbe et des cheveux du sujet : tel qui a des cheveux bruns peut être porteur d'un kyste dermoïde où se trouvent des poils blonds et roux. A côté de ces poils on trouve également des débris de parois, des lambeaux cutanés détachés et libres dans la cavité.

Mais le contenu principal du kyste est constitué par de la matière sébacée. A l'œil nu, elle présente un aspect variable; c'est ordinairement une bouillie blanchâtre ou jaunâtre parfois assez homogène, parfois remplie de grumeaux lui donnant une consistance caséeuse. On a pu la comparer au beurre, au suif fondu, à de la crème ou à une châtaigne cuite (Verneuil). Cette matière sébacée peut encore être mélangée à du liquide séreux, donnant ainsi au contenu du kyste les aspects les plus divers, allant du liquide clair à la bouillie épaisse, pouvant aussi revêtir l'apparence du blanc d'œuf. La matière grasse

des kystes dermoïdes peut enfin exister dans la cavité à l'état de fusion : c'est le cas des kystes dits huileux. Le contenu se trouvant à l'état de fusion à la température du corps est clair et liquide et ressemble à de l'huile d'olive. Par refroidissement il se fige en une masse qui a l'aspect et la consistance du beurre. Desprès a observé un cas de ce genre : il s'agissait d'un kyste dermoïde de la racine du nez incomplètement opéré auparavant et récidivé ; la paroi du kyste était caractéristique du dermoïde. Ce liquide huileux paraît se rapprocher beaucoup du sébum, qui fond à 33°. D'après Lannelongue et Achard, il serait produit par les glandes sébacées du kyste ou par la transformation sébacée des cellules de la paroi. Ajoutons que jamais on n'a signalé la transformation calcaire des kystes dermoïdes du nez.

B. Etude microscopique.

La structure de la paroi dermoïde présente les caractères généraux du tégument externe : nous y trouvons, en effet, un derme et un revêtement épithélial formé de cellules pavimenteuses stratifiées qui subissent l'évolution épidermique.

Le derme présente une structure identique à celle du derme de la peau. Il se présente en coupe sous la forme d'une membrane blanchâtre dont la surface, quelquefois dépourvue de papilles, se montre alors absolument lisse et plane. Gironde, en 1879, a considéré cette disposition comme un caractère fœtal, mais il faut remarquer qu'elle est inconstante ; les papilles peuvent être normales, elles peuvent même être très volumineuses. Ce derme possède des vaisseaux bien développés en général : il peut loger des glandes sébacées, des poils et des glandes sudoripares, toutes ces productions étant de nombre et de volume variables.

Ces éléments peuvent aussi faire défaut comme dans le cas décrit par Ligorio, où il y avait absence totale de glandes sudoripares et de follicules pileux, et dans l'observation XXVI le derme ne renfermait ni papilles, ni glandes, ni poils.

Les glandes sébacées ordinairement annexées aux poils s'ouvrent le plus souvent dans les follicules pileux, mais il en est aussi d'indépendantes qui vont s'ouvrir directement au niveau de la surface libre de la paroi. Elles présentent nettement la structure de glandes en grappes et sont parfois très développées.

Les follicules pileux sont de dimensions variables, suivant que la paroi est plus ou moins complète et analogue à la peau.

Quant aux glandes sudoripares, elles sont ordinairement peu nombreuses et souvent rudimentaires dans la paroi des dermoïdes. Nous ne les trouvons pas signalées dans les observations que nous avons recueillies.

L'épiderme peut se présenter avec tous ses caractères ordinaires, mais il n'en est pas toujours ainsi, et Gironde rapporte certains cas de kystes dermoïdes où il était impossible de distinguer les cellules cornées du stratum malpighien, et d'autres où la couche cornée était très mince, à cellules colorées en jaune et en rose par le picrocarmin ; ce serait pour cet auteur le résultat de la macération de l'épiderme dans le contenu graisseux du kyste. On peut rencontrer encore à ce niveau des cellules mortes ayant déjà subi la désintégration granulo-graisseuse, et s'écartant les unes des autres, si bien qu'entre elles il existe des fentes ou des lacunes remplies de matière grasse (obs. XXV). Enfin, si nous examinons la paroi interne d'un de ces kystes, nous trouvons souvent en certains points des taches arrondies dont la coloration brunâtre tranche nettement sur la teinte blanche ou jaunâtre des parties voisines. Examinées au microscope, ces taches nous montrent l'existence d'un tissu riche en cellules rondes et ovales à gros noyaux, avec un certain nombre de cellules géantes analogues à des myéloplaxes. On y trouve également des poils sans follicules pileux, et les cellules géantes se recourbent autour de ces poils en les entourant. Elles entourent également des cellules plates, cornées, et nous voyons que plusieurs de ces sortes de myéloplaxes présentent un protoplasma granuleux sombre, renfermant de petites squames épidermiques très réfringentes.

Pour Koenig ces éléments proviendraient de tissu conjonctif jaune, sorte de tissu cicatriciel chargé de combler les lacunes épidermiques, et leur développement serait provoqué par le contenu du kyste lui-même dont les parcelles pénétrant dans la paroi seraient entourées par ces cellules géantes.

Le contenu du kyste examiné au microscope paraît constitué par de la graisse libre, des cristaux de cholestérine, des débris de cellules épithéliales plus ou moins déformées et racornies ou infiltrées de graisse. Enfin, l'on ne rencontre pas de micro-organismes dans ces tumeurs, à moins qu'elles ne communiquent avec l'extérieur, comme dans l'observation XXIII où le kyste s'ouvrait au dehors par une fistule.

CHAPITRE V

PATHOGÉNIE

Il est actuellement admis par tous les auteurs que les kystes dermoïdes sont d'origine congénitale. Mais la pathogénie de ces tumeurs a été très discutée et nous allons passer en revue les différentes théories que l'on a émises à ce sujet ; puis nous étudierons spécialement la pathogénie des kystes du nez.

Théorie de la diplogénèse par inclusion. — D'après cette théorie, on devrait considérer les kystes dermoïdes comme des individus primitivement distincts, et l'on aurait alors affaire à une monstruosité double, soit qu'il s'agisse d'un jeune embryon inclus dans un autre antérieurement conçu, soit qu'il y ait deux jumeaux dont l'un serait arrêté dans son développement, soit enfin qu'on se trouve en présence d'un œuf à deux germes. Cette théorie, qui ne visait évidemment que les kystes dermoïdes complexes, fut d'abord soutenue en 1846 par Pigné, puis par Cruveilhier ; elle fut attaquée quelques années plus tard par Lebert, et en 1873 par Broca. On peut lui reprocher tout d'abord de ne pas s'appliquer à tous les cas, et partant de n'être point générale, mais deux arguments surtout ont contribué à la détruire : il est difficile d'admettre qu'un kyste dermoïde simple puisse représenter un individu distinct ; et surtout la tumeur dermoïde est vivante, puisqu'elle s'accroît, tandis que le fœtus enkysté n'est jamais qu'un cadavre (Lannelongue).

Théorie de l'hétérotopie plastique. — Lebert, reprenant la façon de voir de Meckel, Ruysh et plusieurs auteurs, voulut

voir dans la formation des kystes dermoïdes une production autogène de l'organisme lui-même, en vertu d'une « aberration générale de la nutrition ». La genèse des kystes dermoïdes serait spontanée : ils se formeraient de toutes pièces dans des tissus où rien ne les représentait antérieurement. Et cette théorie assez séduisante fit de nombreux adeptes. Broca, qui d'abord la combattit ardemment avec Depaul et Verneuil, s'y rallia par la suite et s'en déclara partisan à la Société de chirurgie en 1861. Plus tard, il est vrai, lorsqu'en 1869 il fit paraître son *Traité des tumeurs*, il fit des réserves, mais rejetant la théorie de Lebert comme théorie générale, il l'admettait encore pour certains cas. On ne saurait pourtant accepter la genèse directe, spontanée d'un véritable tégument, et cette autogenèse fut détrônée par la théorie de l'enclavement due à Verneuil. Mais avant d'exposer celle-ci, voyons rapidement deux autres théories qui n'ont pas été admises, mais qui, par leur originalité, méritent d'être mentionnées.

Théorie des cellules nodales. — Elle est due à Bard, qui pense que l'ovule et les cellules issues de ses premières divisions sont susceptibles d'engendrer des cellules-filles différentes des cellules-mères, et aussi différentes entre elles. Ces éléments, cellules nodales de Bard, pourraient donc donner naissance à des tissus très dissemblables. Puis peu à peu, à mesure qu'elles s'éloignent de l'ovule par étapes kariocynétiques successives, chacune d'elles devient de moins en moins complexe et se différencie jusqu'à devenir une cellule spécifique incapable de donner naissance à des cellules différentes d'elle-même. Et Bard ajoute qu'il peut parfois subsister dans les tissus adultes des cellules nodales ayant gardé toute leur force d'évolution primitive, et ce serait leur prolifération qui engendrerait les kystes dermoïdes. Si ingénieuse qu'elle soit, il semble inutile de discuter une théorie basée sur la présence d'éléments dont l'existence ne peut pas être démontrée au sein des tissus adultes.

Théorie folliculaire. — Cette théorie a été proposée pour expliquer la formation des kystes dermoïdes simples. Ces

tumeurs seraient dues à la distension des follicules sébacés régionaux, par rétention de leurs produits excrétés. Cette théorie ne saurait être admise, car elle n'est pas générale, et en outre, elle assimile des tumeurs nettement congénitales à de simples kystes sébacés glandulaires. Elle est donc insoutenable pour le cas de kystes dermoïdes, dont l'examen histologique a révélé la nature de la paroi, avec son derme et son épiderme nettement constitués.

Théorie de l'enclavement. — Les kystes dermoïdes dériveraient du revêtement ectodermique de l'embryon dont une portion s'enclaverait au sein des tissus sous-jacents et, par un accroissement ultérieur plus ou moins tardif, produirait une formation kystique. Les auteurs allemands ont attribué la paternité de cette théorie à Remak et la désignent sous le nom d'invagination de Remak, mais celui-ci s'est occupé de cancers épithéliaux et non de kystes dermoïdes; il a surtout étudié l'analogie des bourgeonnements épithéliomateux avec les glandes. C'est Verneuil qui en est le véritable auteur, c'est lui qui l'a indiquée verbalement devant la Société anatomique en 1852. La cavité dermoïde serait donc une ectopie du tégument externe qui, pour occuper un siège anormal, n'en aurait pas moins gardé ses propriétés et son évolution propres.

A l'origine il y aurait une simple involution ectodermique; puis, peu à peu, par suite du développement des parties voisines, le petit sac épithélial invaginé s'éloignerait de la surface cutanée, à laquelle il resterait relié par un pédicule susceptible de disparaître. Une fois isolé, cet ilôt ectodermique pourrait s'arrêter dans son développement; il pourrait aussi, à une époque plus ou moins tardive, évoluer en kyste, et cette évolution, très irrégulière, pourrait subir des arrêts ou des accroissements brusques.

On a objecté à cette théorie de l'enclavement que la paroi des kystes dermoïdes n'est pas identique à celle de la peau, puisque souvent elle ne présente ni glandes sudoripares ni papilles. Mais cette objection ne semble pas avoir grande valeur, car, outre les exemples connus de la présence de ces

deux organes, ce sont, comme le fait remarquer Lannelongue, les deux parties de la peau qui se développent en dernier lieu. L'absence de ces organes constitue donc un caractère fœtal de la paroi dermoïde signalé par Gironde, et l'on peut admettre d'une part que l'enclavement est antérieur à leur développement dans certains cas, et d'autre part qu'ils ne se sont pas produits par suite d'un trouble dans l'évolution du tégument ectopié.

Cette théorie a été vérifiée par l'expérience, et Masse, de Bordeaux, réussit en 1885 à produire de véritables kystes dermoïdes par enclavement artificiel. Au cours de recherches sur la transplantation dans l'organisme, il fit des greffes intrapéritonéales de segments de membres et de lambeaux de peau chez de jeunes rats blancs; au bout de deux mois, il trouva un résultat inattendu. Sur divers points du péritoine et des épiploons les greffes s'étaient transformées en kystes à paroi résistante et à contenu caséeux de coloration jaunâtre. L'examen microscopique révéla de la graisse, des cristaux de cholestérine, des cellules épidermiques et des poils, avec quelques débris de tissu conjontif, portions de greffes non encore transformées. On voyait d'autre part des poils implantés sur la paroi de ces kystes qui constituaient ainsi des dermoïdes parfaits dus à une inclusion expérimentale.

De même, dans leur *Traité des kystes congénitaux*, en 1886, Lannelongue et Achard signalent la production des kystes dermoïdes par greffe de lambeaux cutanés sous la peau de jeunes cobayes.

Ayant donc établi, en tant que théorie générale, le mécanisme de l'enclavement, il nous reste à indiquer les conditions particulières de l'inclusion de l'ilôt ectodermique qui évoluera en kyste dermoïde du dos du nez.

D'après Lannelongue c'est des éléments ectodermiques de la gouttière dorsale de l'embryon que ces kystes tirent leur origine. C'est en effet de la portion glabellaire de cette gouttière dorsale que naît le bourgeon fronto-nasal, se développant de haut en bas. Qu'une involution ectodermique se

trouve enclavée à l'extrémité glabellaire de la gouttière dorsale au point où naît ce bourgeon fronto-nasal, et l'on comprend facilement que cet ilôt ectodermique pourra être déplacé et entraîné dans la direction de ce bourgeon ; de sorte qu'au lieu d'occuper la racine du nez il pourra se trouver à la partie moyenne ou même à la pointe.

A l'appui de cette théorie on peut apporter les arguments suivants : lorsqu'il y a une fistule elle a toujours un trajet ascendant, et un stylet introduit par l'orifice inférieur remonte quelquefois jusqu'à la racine du nez ou jusque dans l'épaisseur des os de la glabelle. Certains auteurs avaient émis l'hypothèse d'une invagination de l'ectoderme au niveau de la fistule; mais d'abord, celle-ci peut faire défaut, et puis, si elle existe on comprendrait mal les raisons de ce trajet ascendant et pourquoi le sac invaginé ne reposerait pas directement sur le squelette, en contractant avec lui des adhérences, comme cela se passe dans les autres régions. L'observation de Cruveilhier est bien probante à ce sujet. Il s'agit d'un kyste ouvert sur le dos du nez : un stylet introduit sous la peau s'engageait profondément dans l'épaisseur même des os du crâne. Comment pourrait-on s'expliquer dans ce cas que le kyste ait émis un prolongement remontant vers le crâne, en sens inverse du développement normal des parties? Évidemment il n'en est rien, et l'on doit admettre que le kyste était primitivement cranien, et que l'extrémité inférieure, mobile, a été entraînée par le bourgeon fronto-nasal, tandis que l'extrémité supérieure est restée enclavée dans le frontal.

Il nous semble donc rationnel d'admettre la théorie donnée par Lannelongue, c'est-à-dire l'entraînement par le bourgeon fronto-nasal d'un ilôt ectodermique provenant de la gouttière dorsale.

On s'est posé également la question suivante : quelle est l'affection primitive : kyste ou fistule ? Pour Lannelongue et Ménard, la tumeur serait toujours postérieure à la fistule et ne se formerait qu'à la suite d'oblitération de celle-ci. Mais comment expliquer alors la formation des kystes dépourvus

de fistule ? Il nous semble plus logique d'admettre que la poche et le trajet peuvent se développer indépendamment l'un de l'autre ; et si le mécanisme indiqué par Lannelongue et Ménard est le plus fréquemment observé, il est possible également que le kyste, primitif, donne naissance à une fistule secondaire.

CHAPITRE VI

TRAITEMENT

On a employé successivement de nombreux moyens thérapeutiques dans le traitement des kystes dermoïdes. La plupart n'ont d'ailleurs donné que de mauvais résultats. Aussi les exposerons-nous brièvement pour ne nous occuper que de l'extirpation, qui est le procédé le plus employé et en même temps le plus rationnel.

Ces modes de traitement peuvent être rangés sous trois chefs :

1° Obtenir la résorption du kyste;

2° L'oblitérer;

3° L'extirper.

1° Résorption du kyste. — Pour obtenir ce résultat on a employé l'iodure de potassium, les topiques astringents de toute espèce (pommade à l'iodure de plomb, eau blanche); les révulsifs (badigeonnages iodés, vésicatoire). Tous ces moyens ont été insuffisants.

2° Oblitération du kyste. — Les moyens employés pour l'obtenir sont au nombre de six; peu efficaces en général, ils amènent pourtant quelquefois la guérison, mais ils ont tous le défaut d'agir beaucoup trop lentement. Ce sont :

a) *Les injections irritantes.* — On provoque une inflammation suppurative du kyste en injectant dans sa cavité une ou deux gouttes de croton tiglium (Faure, de Roanne), du chlorure de zinc ou du tartre stibié au 1/30 (Bœckel et

Grül). C'est un moyen bien infidèle et qui n'a donné que de résultats imparfaits.

b) *L'écrasement.* — L'écrasement linéaire aurait paraît-assez bien réussi ; ce traitement a d'ailleurs été puissamment aidé par l'application d'un bandage compressif destiné maintenir en contact les parois enflammées de la cavité.

c) *L'incision.* — Ce mode de traitement n'a de chances d succès qu'à la condition d'être suivi d'un pansement susceptible de provoquer la suppuration de la paroi et d'empêcher l plaie des téguments de se fermer avant que la cavité soi oblitérée. On peut, pour atteindre ce but, tamponner la poch avec de la charpie sèche, ou, suivant le conseil de M. Wecker introduire, après incision, un bâton de nitrate d'argent qu'o y laisse quelques instants.

d) *Le séton.* — Le séton filiforme serait un assez bon moyen M. Broca a vu guérir par exfoliation, sans cicatrice apparent et sans récidive, tous les kystes dermoïdes qu'il a ainsi traités mais il dut renoncer à ce mode de traitement à cause de longues suppurations qu'il établit et des complications aux quelles il peut donner naissance (érysipèle).

e) *Le cautère.* — Larrey voulut traiter les kystes dermoïdes au moyen d'un cautère en rondache chauffé à blanc ; il traversait d'un côté à l'autre la tumeur et la divisait ensuite dans toute sa hauteur. Ce procédé a le désavantage d'être auss effrayant que douloureux pour le malade, il a cependant quelquefois réussi.

f) *La cautérisation.* — On a depuis longtemps renoncé au beurre d'antimoine et à l'acide sulfurique qu'employaient Celse, Heister et Monteggia. Bonnet décrit trois procédés : dans l'un on cautérise une faible partie de la paroi du kyste ; dans le second, toute la paroi est attaquée par le caustique ; dans le troisième enfin, la cautérisation se fait sur toute la surface interne de la paroi du kyste. On applique généralement à la surface de la tumeur une traînée de caustique de Vienne en ayant soin de protéger les parties voisines avec du diachylon.

Les caustiques ne doivent être employés que très rarement, car leur action irritante peut acquérir plus d'intensité qu'on ne le désire, s'étendre au loin et devenir dangereuse. En somme, de tous ces moyens aucun n'arrive à amener une guérison radicale et certaine, et de plus ils sont à peu près aussi douloureux pour le malade que l'ablation même de la tumeur.

3° Extirpation du kyste. — Le meilleur traitement et le seul rationnel est l'extirpation. Cette extirpation est rendue difficile par l'adhésion du kyste à la peau ou au périoste et par l'existence possible de prolongements intra-osseux. L'incision doit être faite largement, occupant en longueur tout l'axe de la poche; elle peut être linéaire ou lenticulaire suivant les dimensions de la tumeur. On met ainsi la paroi à nu, mais il faut agir avec précaution, car celle-ci peut être très mince, et il faut éviter autant que possible d'ouvrir la poche dès le début, ce qui compliquerait l'opération.

Puis on dissèque la paroi; cette dissection, souvent très pénible à cause des adhérences du kyste avec les parties avoisinantes, doit être menée avec la plus grande attention car il ne faut laisser dans la plaie aucune portion de la paroi. On s'exposerait en effet à des récidives ou à la formation d'une fistule intarissable.

CONCLUSIONS

I. Les kystes dermoïdes congénitaux du dos du nez se présentent sous la forme de tumeurs de consistance variable, et, le plus souvent, ils s'ouvrent à leur partie inférieure par une fistule d'où s'échappent de la matière grasse et des poils.

II. Leur paroi a la même structure que la peau. Les glandes sudoripares y font cependant ordinairement défaut.

Leur contenu est constitué par de la matière sébacée, des poils, des cristaux de cholestérine et des débris de cellules épidermiques.

III. Ils proviennent de l'enclavement d'une involution ectodermique de la gouttière dorsale dans le bourgeon fronto-nasal. Celui-ci entraîne l'ilôt ainsi formé qui évoluera plus tard en kyste.

IV. Le seul traitement rationnel est l'extirpation complète du kyste.

Vu : le Doyen,
Pour le Doyen,
L'Assesseur,
Dr C. SIGALAS.

Vu, bon a imprimer :
Le Président de la thèse,
Dr W. DUBREUILH.

Vu et permis d'imprimer :

Bordeaux, le 28 décembre 1911.

Le Recteur de l'Académie de Bordeaux,
R. THAMIN.

BIBLIOGRAPHIE

Barnard. — Dermoïd cyst of nose (*British med. Journ.*, 1899, t. II, p. 1418).

Bramann. — *Berliner Klinische Wochenschrift*, 12 décembre 1888, n° 52, p. 1052.

— *Archiv für Klinische Chirurgie*, 1890, Band XL, p. 111.

Broca (P.). — Traité des tumeurs. Paris, 1869, t. II, p. 79.

Coyne. — Traité d'anatomie pathologique, 1894.

Cruveilhier. — Traité d'anatomie pathologique générale, t. III, p. 340.

— *Bulletin de la Société anatomique*, 27e année, août 1852, p. 298 et suiv.

Dieffenbach. — Balggeschwulst am Knorpeligen Theil der Nase (*Chirurgische Erfahrungen*, 1829, Band II, Seite 15).

Dubreuilh (W.). — Kyste dermoïde du nez (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 28 juin 1903, t. XXXIII, p. 432).

Dupuytren. — *Gazette des hôpitaux*, 1831, n° 26, p. 101.

Felheisen. — Zur Diagnostic der Dermoïde des Schädels (*Deuts. Zeits. für Chirurgie*, 1887, Band XIV, p. 5).

Gérard. — Traité de lupiologie, 1775.

Gironde. — Contribution à l'étude des kystes dermoïdes (*Lyon méd.*, 17 août 1879, t. XXI, p. 537).

Kirmisson. — Maladies chirurgicales d'origine congénitale.

Kœnig. — *Semaine médicale*, 1895, p. 27.

Lannelongue et Achard. — Traité des kystes congénitaux, 1886, p. 187 et 188.

Lannelongue et Ménard. — Affections congénitales, p. 12.

Larrey. — *Gazette médicale de Paris*, 30 septembre 1837, p. 619.

Lawrence (W.). — Encysted tumors of the eyelids containing hair (*London med. Gazette*, new series, vol. I, 1837-1838, 16 déc. 1837, p. 472).

Lebert. — Des kystes et de l'hétéroplastie en général (*Soc. de Biologie*, 1852, p. 203).

Ligorio. — Un caso di ciste dermoïde mediano del nase (*Clinica moderna*, Pise, août 1898, n° 32, p. 251-253).

Marchettis (Pierre de). — *Sylloge observationum médico-chirurgicorum rariorum*, Padoue, 1664.

Masse. — De l'origine des kystes dermoïdes. Formation de certaines tumeurs par transplantations organiques; applications thérapeutiques (*Bull. général de thérapeutique méd. et chir.*, t. CVIII, 30 avril 1885, p. 337).

Mougeot et Okinczyc. — Kystes dermoïdes du dos du nez (*Rev. d'orthopédie*, 1er sept. 1904, p. 413 et suiv.).

Pigné. — *Bulletin de la Société anatomique de Paris*, juin 1846.

Stewart. — Sur un cas de malformation congénitale du nez (*The Lancet*, 27 mars 1897).

Vieusse. — Kyste dermoïde du dos du nez (fistule consécutive) (*Rev. méd. de Toulouse*, n° 12, 15 juin 1887, p. 273).

Woelffler. — Zur Casuistik der medianen Gesichtspalte (*Archiv für Klin. Chirurgie*, 1890, Band XL, p. 795).

Bordeaux. Impr. G. Gounouilhou, rue Guiraude, 9-11.